

# Notifica di sinistro

## Assicurazione responsabilità civile



Vaudoise Generale,  
Compagnia di Assicurazioni SA  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Losanna  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

**Stipulante**

Cognome, nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Via e numero \_\_\_\_\_

NPA e località \_\_\_\_\_

Telefono e cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Nome della persona di contatto \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Soggetto all'IVA            sì     no     Se sì numero IVA \_\_\_\_\_

Protezione giuridica       sì     no     Se sì compagnia \_\_\_\_\_

Numero contratto assicurazione (es. 12345678.2200) \_\_\_\_\_

<b>Persone coinvolte</b>	<b>Persona A</b>	<b>Persona B</b>	<b>Persona C</b>
In qualità di	<input type="checkbox"/> parte lesa <input type="checkbox"/> testimone <input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> responsabile <input type="checkbox"/> locatario	<input type="checkbox"/> parte lesa <input type="checkbox"/> testimone <input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> responsabile <input type="checkbox"/> locatario	<input type="checkbox"/> parte lesa <input type="checkbox"/> testimone <input type="checkbox"/> autore <input type="checkbox"/> responsabile <input type="checkbox"/> locatario
Cognome o ragione sociale	_____	_____	_____
Nome	_____	_____	_____
Data di nascita	_____	_____	_____
Sesso	<input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna	<input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna	<input type="checkbox"/> uomo <input type="checkbox"/> donna
Stato civile	_____	_____	_____
Via e numero	_____	_____	_____
NPA	_____	_____	_____
Località	_____	_____	_____
Telefono/cellulare	_____	_____	_____
E-mail	_____	_____	_____
<b>Lesioni corporali</b>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Incapacità lavorativa	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Natura delle lesioni	_____	_____	_____
Primi soccorsi da parte di	_____	_____	_____
Professione	_____	_____	_____
Datore di lavoro	_____	_____	_____
Assicuratore infortuni	_____	_____	_____
<b>Danni materiali</b>	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Natura di danni	_____	_____	_____
Foto	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Veicolo a motore	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Stima dei costi	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Nome del riparatore	_____	_____	_____
Data in cui il veicolo si trova presso il riparatore	_____	_____	_____

# Notifica di sinistro

## Assicurazione responsabilità civile



Vaudoise Generale,  
Compagnia di Assicurazioni SA  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Losanna  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Assicuratore Responsabilità civile/Cose \_\_\_\_\_  
Responsabilità in causa  sì  no  sì  no  sì  no  
coinvolte, incl. lo Se sì, precisare Se sì, precisare Se sì, precisare  
stipulante, ossia: \_\_\_\_\_  
familiari, comunione  
domestica, membro del  
personale

Se sono state coinvolte più di tre persone, preghiera di compilare la cifra 2 su un altro modulo di notifica.

Descrizione  
dell'evento  
e delle  
circostanze

---

---

---

---

Evento

Natura della responsabilità civile (RC)  privata  professionale  proprietario d'immobili

Data e ora

Via/Luogo

NPA/località

Rapporto di polizza

sì  no

Osservazioni

---

---

---

---

Copie  
supplementari

Copie supplementari del presente modulo sono disponibili al sito [www.vaudoise.ch](http://www.vaudoise.ch), rubrica «Sinistro».

Il firmatario autorizza la Vaudoise a comunicare in maniera appropriata i dati risultanti dal sinistro o da qualsiasi altro evento che dà diritto a prestazioni ad altri prestatori di servizi abilitati o assicuratori, in particolare a coassicuratori o riassicuratori, in Svizzera e all'estero. La compagnia è inoltre autorizzata a chieder loro informazioni e a prendere conoscenza di qualsiasi documento ufficiale o giudiziario. Questo accordo prescinde dal riconoscimento del diritto alle prestazioni assicurative. In caso d'invio per posta elettronica, la Vaudoise Assicurazioni rinuncia alle firme manoscritte.

Luogo e data

Nome del firmatario

Firma

Se si dispone di Acrobat Reader versione 10 o superiore, dopo aver compilato il modulo cliccare «Inviare». In caso contrario, stampare la scheda e inviarla per posta a: Vaudoise Generale, Compagnia di Assicurazioni SA, Place de Milan, 1001 Losanna.

Inviare

Stampare